

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA DE SERVICIOS-VALLE		Código Regional	76
			Código Centro	931110
			Fecha Elaboración	Mayo de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	44149-115832
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: HENRY LOZADA GARRIDO Correo electrónico contratista: hlozada@sena.edu.co		C.C. 1.130.614.253 IP/N° de contacto 3165083347		
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		
		Es declarante de renta? NO		
		Es Pensionado? NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Inducción SST SI		
		Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO		Tipo de cta AHORROS		
		N° Cuenta 38118691102		
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 4955999/2023		N° Compromiso SIIF 127623		
Valor Total del Contrato \$ 28.119.000		N ° Pago 1		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato \$ 28.119.000		Del 15/05/2023		Al 31/05/2023
Nuevo Saldo del Contrato \$ 25.976.600		Legalización comisiones del periodo		Valor Bruto Pago \$ 2.142.400,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE UN INSTRUCTOR PARA DESARROLLAR ACCIONES DE FORMACIÓN INTEGRAL EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DE LAS REDES DE CONOCIMIENTO DEL CE		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.142.400		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		Retención en la Fuente del Periodo 0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Menos, Retefuente Otros Ingresos		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.142.400		BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.354.275		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA 1.354.275,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		9450108778		Base retención en la fuente a título de ICA 1.811.800,00
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000		\$ 0		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 145.000		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.600		\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0		Menos Retención IVA 0,00
ARL \$ 6.100		\$ 0		Reteica - 8299 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -		Pro-UCEVA 10.712,00
\$ 535.600		\$ -		Universidad del Pacífico 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -		Otras Retenciones 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ -		
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 451.425		
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		
			VALOR A PAGAR	\$2.131.688,00
SON: DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación profesional integral en los programas de Peluquería y Operaciones Comerciales Realizar seguimiento en etapa productiva de los programas Gestión de Mercados y Servicios y Operaciones Microfinancieras Programar seguimiento en etapa productiva Realizar jornadas de inducción en etapa productiva Documentar casos para comité de etapa productiva Participar de las reuniones programadas por la coordinación académica y las empresas patrocinadoras.				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				
			HENRY LOZADA GARRIDO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;				
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				
			LEIDY CAROLINA VEGA VASQUEZ COORDINADORA ACADÉMICA	
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO				
EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HENRY LOZADA GARRIDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1130614253, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220119	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Mayo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
21879400

CER-AFI

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HENRY LOZADA GARRIDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.130.614.253**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Mayo del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130614253		LOZADA GARRIDO HENRY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 49 # 62-46	SEVILLA-VALLE	6666666	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-04	2023-04	2055328920		9450108778	I	2023/05/12	2023/05/02	BANCOLOMBIA	\$466,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
1	CC	1130614253	LOZADA GARRIDO HENRY	230301	30	\$1,607,000	\$257,200	EPS008	30	\$1,607,000	\$200,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,607,000	\$8,400	0	\$0	\$0		
Total		Afiliados (1)				\$1,607,000	\$257,200			\$1,607,000	\$200,900			\$0	\$0			\$1,607,000	\$8,400		\$0	\$0		

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$257,200	\$0	\$0	\$257,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$257,200	\$0	\$0	\$257,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,400	\$0	\$0	\$8,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,400	\$0	\$0	\$8,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,900	\$0	\$0	\$200,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$200,900	\$0	\$0	\$200,900
TOTAL				1	\$466,500	\$0	\$0	\$466,500

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/01/2021 10:17:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **HENRY LOZADA GARRIDO**

Cargo **INSTRUCTOR**

Doc. Identidad **CC 1130614253**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	2 PERFIL LIPIDICO	3 GLICEMIA PREPANDIAL
4 PARCIAL DE ORINA	5 AUDIOMETRIA	6 OPTOMETRIA
7 CUADRO HEMATICO	8	9

EXAMEN DE INGRESO

SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐
Apto con recomendación	☐	☐	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐

EXAMEN PERIÓDICO

SI NO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Requiere de restricción de actividades	☐	☐
Requiere de reubicación laboral temporal	☐	☐
Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
EXAMEN DE RETIRO		
Satisfactorio	☐	☐
No Satisfactorio	☐	☐
Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☒ Ergonómico ☒ Otros ☐

REMISIÓN

SI ☐ NO ☐

ARL

SI ☐ NO ☐

EPS

SI ☐ NO ☐

SE RECOMIENDA:

1. LAVADO DE MANOS DE MÍNIMO 30 SEGUNDOS DE DURACIÓN POR CADA 1 A 3 HORAS DE TRABAJO, O SEGÚN COMO ESTÉ ESTIPULADO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA EMPRESA.
2. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL LABORAL Y EXTRALABORAL RECOMENDADO DE MÍNIMO 2 METROS.
3. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS DURANTE TODA SU JORNADA LABORAL.

MANUEL DARIO BURBANO ALVARADO
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
CC: 19431918 RM: LSO:0327-03-12

Captura Biometrica

FECHA DE RECIBO ENERO 27 DE 2021
FECHA DE ENTREGA ENERO 27 DE 2021

NOMBRE HENRY LOZADA GARRIDO
IDENTIFICACION C.C 1.130.614.253
EMPRESA PARTICULAR

EXAMEN SOLICITADO PERFIL LIPIDICO

RESULTADOS	COLESTEROL	139	mg/dl	V/N	Hasta 200 mg/dl
	TRIGLICERIDOS	105	mg/dl	V/N	Hasta 150 mg/dl
	COLESTEROL HDL	47	mg/dl	V/N	40-60 mg/dl
	COLESTEROL VLDL	21	mg/dl	V/N	20 - 30 mg/dl
	COLESTEROL LDL	71	mg/dl	V/N	150 -190 mg/dl
	I.A.	3,0		V/N	Menos de 4

EXAMEN SOLICITADO GLUCOSA PRE Y POST - PRANDIAL

RESULTADO	GLICEMIA PRE	81	mg/dl	VN:	70 - 100 mg/dl
-----------	--------------	----	-------	-----	----------------

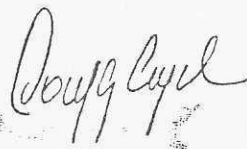

Dora Melida Guerrero C.
Bacterióloga y Lab. Clínico
Universidad del Valle
Registro Salud 24583

FECHA DE RECIBO ENERO 27 DE 2021
FECHA DE ENTREGA ENERO 27 DE 2021

NOMBRE HENRY LOZADA GARRIDO
IDENTIFICACION C.C 1.130.614.253
EMPRESA PARTICULAR

EXAMEN SOLICITADO CUADRO HEMATICO

RESULTADO	HEMOGLOBINA	16	g/dl	VN:	<table border="1"><thead><tr><th>HOMBRES</th><th>MUJERES</th></tr></thead><tbody><tr><td>11.7- 18 g/dl</td><td>11.7-18 g/ dl</td></tr><tr><td>37.7 - 53.7%</td><td>37.7-53.7%</td></tr></tbody></table>	HOMBRES	MUJERES	11.7- 18 g/dl	11.7-18 g/ dl	37.7 - 53.7%	37.7-53.7%
HOMBRES	MUJERES										
11.7- 18 g/dl	11.7-18 g/ dl										
37.7 - 53.7%	37.7-53.7%										
	HEMATOCRITO	48%		VN:							
	RECuento DE LEUCOCITOS	4400	mm3	VN:	3700-10100 mm3						
	DIFERENCIAL										
	NEUTROFILOS	59%									
	LINFOCITOS	38%									
	EOSILOFILOS	1%									
	MONOCITOS	0%									
	BASOFILOS	2%									
	RECuento PLAQUETAS	220.000		VN:	150.000-450.000 mm3						


Dora Melida Guerrero C.
Bacterióloga y Lab. Clínico
Universidad del Valle
Registro Salud 24583

FECHA DE RECIBO ENERO 27 DE 2021
FECHA DE ENTREGA ENERO 27 DE 2021

NOMBRE HENRY LOZADA GARRIDO
IDENTIFICACION 1.130.614.253
EMPRESA PARTICULAR

EXAMEN SOLICITADO

PARCIAL DE ORINA

RESULTADO

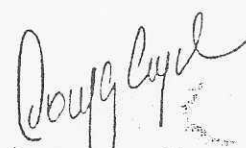
COLOR AMARILLO
ASPECTO CLARO
DENSIDAD 1025

EXAMEN QUIMICO

Ph	8
ALBUMINA	NEGATIVA
GLUCOSA	NEGATIVA
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVA
BILIRRUBINA	NEGATIVA
SANGRE OCULTA	NEGATIVA
UROBILINOGENO	NORMAL
NITRITOS	NEGATIVA
PROTEINAS	NEGATIVA

SEDIMENTO

LEUCOCITOS	0-2X CAMPO
ERITROCITOS	NO SE OBSERVA
BACTERIAS	NO SE OBSERVA
MOCO	NO SE OBSERVA
CELULAS EPITELIAL	NO SE OBSERVA
URATOS AMORFOS	NO SE OBSERVA
CELULAS ALTAS	NO SE OBSERVA
CELULAS BAJAS	NO SE OBSERVA


Dora Melida Guerrero C.
Bacterióloga y Lab. Clínico
Universidad del Valle
Registro Salud 24583

CENTRO MEDICO OCUPACIONAL DEL VALLE S.A.S

Nit: 900392343-7

AUDIOMETRIA (ANEXO)

AN HISTORICAL CLINICAL

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL: PREINGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO (RETIRO) ☐ ALTURAS ☐ CAMBIO DE OFICIO: ☐ REINGRESO ☐

Ciudad: - CC Fecha: Día 27 Mes: 1 Año: 2021 Otra:

Ciudad: - San José

Nombres y Apellidos: Henry Lozada Garrido

USO PROTECTOR AUDITIVO SI ☐ NO ☒ SIEMPRE ☐ OCASIONAL ☐ AUDIOMETRIAS PREVIAS SI ☒ NO ☐ HACE CUANTO

USA PROTECTOR ADITIVO SI ☐ NO ☒
RESULTADO : NORMAL ☒ ANORMAL ☐

QUE PROTECTOR USA COPA ☐ ANATOMICO ☐

INSERCIÓN ☐

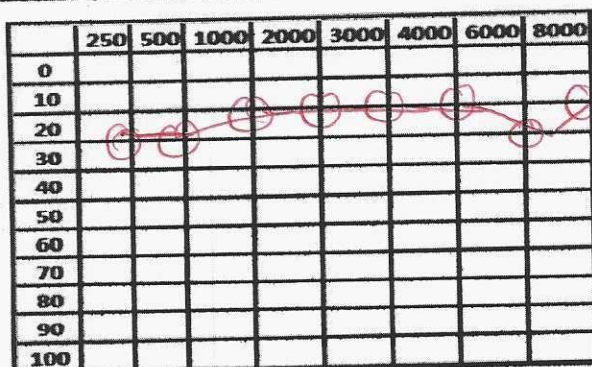
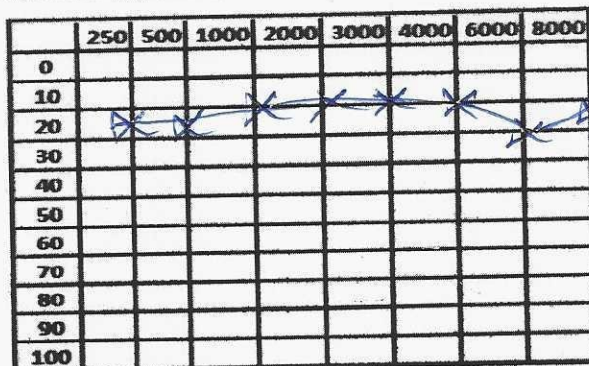
PRESTO SERVICIO MILITAR SI ☐ NO ☒

CUANTO TIEMPO? ☐ TIRO SI ☐ NO ☒ EXPOSICION A EXPLOSIONES SI ☐ NO ☒ MUSICA CON AUDIFONOS SI ☒ NO ☐

MOTO SI ☐ NO ☒ OTROS _____

ANTECEDENTES PERSONALES DE AFECION DE OIDO: Niega

OTOSCOPIA: Normale



PTA:

PTA: O.D: 500Hz 1000 Hz 2000 Hz 3000 Hz PTA 12

O.I.: 500 Hz 15 1000 Hz 10 2000 Hz 10 3000 Hz 10 PTA 11

GATISO: Audición bilateral normal

IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

Acidosis bilateral normal

CONDUCTA: AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	☐	CONTROL: 6 MESES	☐	1 AÑO:	☐	OTORRINOLARINGOLOGO	☐
-------------------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------------------	--------------------------

OTROS: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR

CC 1130614253

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE

Carolina García Frejoles
Foncoaudióloga
Universidad del Valle
Reg. 76.0322

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

CMOV

FECHA 21/01/2021 EMPRESA Seng. EDAD 33 años
NOMBRE Henry Lozada Garrido SEXO Masculino
TELÉFONO 3165083347 TIEMPO EN LA EMPRESA
CARGO Instructor CC 1130614253
USA RX ☐ SI ☒ NO U.C.V. 1 año

ANTECEDENTES PERSONALES Ninguno FAMILIARES glaucoma
OCULARES Ninguno

EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL N.D. (Trabaja en) SÍNTOMAS Ninguno

MOTIVO DE CONSULTA Ingreso ☒ Periódico ☐ RX: O.D.
Egreso ☐ C. Alturas ☐ O.I.

A.D.D.

A.V. (S.C.)	V.L.	V.C.	A.V. (C.C.)	V.L.	V.C.	MOTILIDAD OCULAR	LEJOS <u>0</u>
O.D.	<u>2/20</u>	<u>0.5M</u>	O.D.				CERCA <u>ortho</u>
O.I.	<u>2/20</u>	<u>0.5M</u>	O.I.				PPC: <u>54</u>

EXAMEN EXTERNO Normal

OFTALMOSCOPIA Fondo Sano AO

VISIÓN CROMÁTICA Normal (AO) STEREOPSIS Buena (40")

REFRACCIÓN O.D. Neutro O.I. Neutro

	O.D.	A.V.	D.P.
PRESCRIPCIÓN FINAL	<u>Neutro</u>	<u>2/20</u>	
	<u>Neutro</u>	<u>2/20</u>	

DIAGNÓSTICO Emetropia AO

CONDUCTA No regular R

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Control en 1 año

Angela Ma. Garzon P
Optometrista ULS
RST 12961 CENPO 3707

FIRMA PACIENTE

C.C. 1130614253

OPTÓMETRA RSV

Consultorio: Calle 23N No. 3N - 27 Telefono: 661 2168

SERVICIO PROFESIONAL DE ÓPTICA



Hace constar:

Que el Sr(a) HENRY LOZADA GARRIDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1130614253 realizó el día 16/05/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HENRY LOZADA GARRIDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1130614253 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HENRY LOZADA GARRIDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1130614253 el día 16/05/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **HENRY LOZADA GARRIDO** con CC No. **1130614253**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	Fecha de última cobertura: 15/05/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Fecha de inicio de Contrato: 07/05/2023 Fecha fin de Contrato: 08/11/2023 Clase de Riesgo: 1 Cargo : INSTRUCTOR Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015333147.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



Certificado Bancario

Viernes, 19 de mayo de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HENRY LOZADA GARRIDO identificado(a) con CC 1130614253, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	38118691102	2014/01/22	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:						SUCURSAL:				COD. SUC:		NO. PÓLIZA:		ANEXO:	
CALI						CALI				45		45-46-101019678		0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:		VIGENCIA HASTA:			A LAS:		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL		
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:					
16	05	2023	15	05	2023	00:00	14	04	2024	23:59					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO											
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: LOZADA GARRIDO HENRY										IDENTIFICACIÓN: C.C. :1,130,614,253	
DIRECCIÓN: CL 52 NRO. 2 BIS - 15						CIUDAD: CALI - VALLE				TELÉFONO: 4315800	

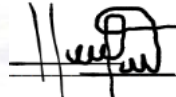
DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO			
ASEGURADO/BENEFICIARIO:		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	
CL 52 2BIS 15		CALI - VALLE	
ADICIONAL:		IDENTIFICACIÓN:	
		NIT. :899,999,034-1	
		TELÉFONO:	
		4315800	

OBJETO DEL SEGURO											
CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:											
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.4955999 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA ORIENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTOS A LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL, ASÍ COMO LAS DEMÁS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS Y COMPLEMENTARIAS QUE SE DERIVEN DEL OBJETO DEL CONTRATO											

AMPAROS				
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		15/05/2023	14/04/2024	\$ 2,811,900.00
ACLARACIONES:				

VALOR PRIMA NETA:	GATOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 20,000.00	\$ 8,000.00	\$ 5,320.00	\$ 33,320.00	\$ 2,811,900.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO		
PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - TELÉFONO: 6672954 - CALI		
<div><div><div>8. VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO</div><div>3. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div><div>1. SEGURO DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div><div>2. SEGURO DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div><div>4. SEGURO DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div><div>5. SEGURO DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div><div>6. SEGURO DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div><div>7. SEGURO DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO DEL EM</div></div><div></div></div>	<div></div>	<div></div>
45-46-101019678		
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General		
FIRMA TOMADOR		

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977,
601-6019330

901003820

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA



VIGILADO

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdelestado.com

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGUROADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.